

Определение соответствия критериям Eligibility Review

Если вам требуется помощь в чтении и заполнении этой формы, обратитесь к нам.
Сохраните эту страницу для своего архива.

Как подать заявление на получение денежных и (или) продовольственных пособий?

- **Заполните** приложенную форму определения соответствия критериям. **Начать** этот процесс можно сегодня, заполнив форму определения соответствия критериям в приемной местного отдела социального обеспечения и отдав сотруднику. В форме должны быть указаны ваши имя, фамилия и адрес, а также стоять ваша подпись или подпись вашего уполномоченного представителя. Если у вас нет адреса, обратитесь в местный отдел социального обеспечения за помощью в получении официального почтового адреса. Если вам требуется больше места, приложите дополнительные листы бумаги.
- Вы можете получить больше пособий или получить их быстрее, если заполните и подадите свое заявление, а также предоставите всю запрашиваемую нами информацию без промедления.
- Сдайте заполненную форму в местный отдел социального обеспечения. Адреса местных отделов приведены на вебсайте www.dshs.wa.gov.
- Направьте заполненную форму факсом по номеру 1-888-338-7410
- Отправьте заполненную форму почтой по одному из следующих адресов:

DSHS CSD-Customer Service Center PO Box 11699 Tacoma, WA 98411-6699	DSHS Home and Community Services – Long Term Care Services PO Box 45826 Olympia, WA 98504-5826
--	---
- Форму можно также заполнить в режиме онлайн на вебсайте www.washingtonconnection.org
- **Эту форму определения соответствия критериям можно использовать только для продления срока действия страхования по программам Washington Apple Health, указанным в форме. Заявки на медицинское страхование по другим программам можно подать онлайн с вебсайта www.wahealthplanfinder.org, позвонив по тел. 1-855-923-4633, либо заполнив форму HCA Application for Health Care Coverage (HCA 18-001).**

Как скоро можно будет начать получать продовольственные и денежные пособия?

Если продовольственные пособия требуются вам немедленно, ответьте на вопросы 1–14 и отнесите форму в местный отдел социального обеспечения.

Мы примем решение по вопросу о выделении вам продовольственного пособия *в течение 7 дней*, если вы предъявите документ, удостоверяющий вашу личность, и отвечаете одному из нижеперечисленных требований:

- В текущем месяце совокупный доход вашей семьи составит менее \$150, а ликвидные ресурсы – менее \$100.
- Доход и ресурсы вашей семьи не покрывают ежемесячную плату за аренду квартиры и коммунальные услуги.
- В составе вашей семьи есть сильно нуждающийся переселенец или сезонный сельскохозяйственный рабочий.

Пособия начинают выдаваться со следующего дня после вынесения решения о праве на их получение.

Продовольственные пособия обычно начинают предоставляться со дня получения вашего заявления. Денежные пособия обычно начинают предоставляться с того дня, когда у нас имеется вся информация для вынесения решения.

Гражданские права

В соответствии с федеральным законодательством и инструкциями Министерства сельского хозяйства (USDA) и Министерства здравоохранения и социального обеспечения США (HHS), данному ведомству запрещено проводить дискриминацию на основании расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста и инвалидности. «Закон о продовольствии и питании» (Food and Nutrition Act) от 2008 года и инструкции USDA также запрещают дискриминацию на основании религиозных убеждений и политических взглядов. С жалобой по поводу дискриминации можно обратиться в USDA или HHS. В USDA обращайтесь по адресу: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 или звоните по тел. (202) 720-5964 (голосовая линия и линия TDD). В USDA обращайтесь по адресу: HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 или звоните по телефону (202) 619-0403 (голосовая линия) или (202) 619-3257 (линия TTY). USDA и HHS предоставляют равные возможности при оказании услуг и приеме на работу.

Иммиграционный статус и номера социального обеспечения

Вы можете получить пособие для некоторых проживающих с вами членов семьи, даже если другие проживающие с вами лица не могут получать пособий из-за своего иммиграционного статуса. Вы обязаны сообщить нам о статусе всех лиц, для которых просите о предоставлении пособий. У нас есть медицинские программы, распространяющиеся на отдельных лиц, которые не могут доказать, что находятся в стране на легальных основаниях.

В соответствии с федеральным законодательством (том 42 Свода федеральных постановлений (CFR), § 435.910; том 45 CFR, §205.52; и том 7 CFR, §273.6), вы обязаны указать номер социального обеспечения (SSN) для каждого проживающего с вами члена семьи, который претендует на получение льгот по программам Washington Apple Health, пособий TANF или продовольственных пособий. Нам также могут понадобиться номера SSN проживающих вместе с вами родителей и супругов, которые не претендуют на получение помощи. У нас есть медицинские программы для некоторых лиц, не имеющих номера SSN.

Мы используем номер SSN для установления личности, проверки права на получение помощи, предотвращения мошенничества и взыскания средств по искам. Мы обмениваемся полученными сведениями с другими ведомствами в целях осуществления наших программ и соблюдения закона. Мы также можем передавать эту информацию правоохранительным органам, разыскивающим скрывающихся преступников.

Гражданство и установление личности для получения пособий программ Washington Apple Health

Для получения пособий по программам Washington Apple Health граждане США должны подтвердить свое гражданство и личность. Мы поможем вам получить необходимое подтверждение. При востребовании документа, получение которого будет стоить вам денег, мы сами запросим этот документ и оплатим расходы. Членам вашей семьи, которые получают Medicare, Социальное пособие по нетрудоспособности (SSDI) ввиду собственной инвалидности или Дополнительный доход до социальному обеспечению (SSI), предоставлять подтверждение не требуется.

Возмещение штату расходов на медицинские услуги и услуги долговременного ухода

- «Возмещение за счет наследственного имущества» (ESTATE RECOVERY) – это закон (RCW 41.05a и 43.20b), в соответствии с требованиями которого стоимость некоторых полученных вами медицинских услуг, в том числе в части долгосрочного ухода (Long-Term Care, LTC), Департамент DSHS и Управление здравоохранения (Health Care Authority, HCA) могут взыскать из средств, передаваемых вами в наследство, в частности из активов, которыми вы владеете на момент собственной смерти. К таким активам не относится имущество, находящееся в единоличном владении ваших родителей, супруги(-а), зарегистрированной(-го) на уровне штата гражданской(-го) супруги(-а) или ребенка. Взыскание может не распространяться на земли племени.
- В перечень расходов, возмещаемых за счет наследственного имущества, включены: обслуживание в части долгосрочного ухода (LTC), финансируемое на федеральном уровне, оплачиваемое Департаментом DSHS после достижения вами возраста 55 лет, обслуживание в части долгосрочного ухода (LTC), финансируемое на уровне штата, оплачиваемое Департаментом DSHS в любом вашем возрасте, обслуживание Medicare, финансируемое на уровне штата, оплачиваемое Департаментом DSHS. Расходы, не подлежащие возмещению за счет наследственного имущества: стоимость медицинского обслуживания в рамках федеральной программы Medicare Savings Program, оплачиваемая Управлением здравоохранения (HCA), стоимость медицинского обслуживания, оплачиваемая Отделением здравоохранения (HCA), если вы одновременно не получаете обслуживания LTC. Дополнительная информация приведена в регламенте WAC 182-527-2742.
- Возмещение затрат за счет наследственного имущества происходит только после смерти получателя услуг и его (ее) супруги (супруга), если таковые имеются. Если имеются наследники, которые находились на вашем иждивении и будут испытывать существенные материальные затруднения в случае возмещения затрат за счет наследственного имущества, то возмещение затрат может быть отсрочено.
- Если вы постоянно проживаете в доме престарелых и инвалидов или ином медицинском учреждении, Департамент DSHS может взыскать стоимость предоставляемой вам медицинской помощи, медицинских услуг и долгосрочного ухода из вашего имущества или из продажи вашей собственности. Если вы вернетесь домой, DSHS откажется от права удержания. Департамент DSHS не будет подавать иск об использовании вашего дома в качестве залога в следующих случаях:
 - в доме проживает ваш (-а) супруг (-а);
 - в доме проживает ваш ребенок, который является слепым, инвалидом или моложе 21 года;
 - в доме проживает ваш брат или сестра, являющиеся совладельцами дома, при условии, что брат или сестра проживали в доме не менее одного года непосредственно перед тем, как вы переехали в специализированное учреждение.

Денежные и продовольственные пособия и требования к соблюдению конфиденциальности

Принятый в 2008 года с поправками «Закон о продовольствии и питании» (Food and Nutrition Act) разрешает департаменту собирать сведения, запрашиваемые в этом заявлении, включая номера социального обеспечения (SSN) всех членов семьи. Предоставление запрашиваемой информации является добровольным. Однако отказ предоставить номер SSN или подтверждение факта подачи заявки на его получение без уважительной причины приведет к отказу в пособиях Basic Food всем лицам, не предоставившим свои номера SSN. Мы проверяем часть этих сведений, используя компьютерные программы сопоставления данных, включая федеральную систему подтверждения размера доходов и права на пособия (federal Income and Eligibility Verification System, IVES).

Сведения, сообщенные Департаменту социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services), могут повлиять на право получения медицинского страхования, предоставляемого Управлением здравоохранения (Health Care Authority) и Рынком медицинского страхования (Health Benefit Exchange).

Мы используем эту информацию:	Мы можем передавать эту информацию:
<ul style="list-style-type: none">• для вынесения решений о предоставлении пособий по нашим программам;• для возмещения средств за неправомерно начисленную продовольственную помощь;• для осуществления наших программ;• в целях соблюдения закона.	<ul style="list-style-type: none">• федеральным ведомствам и ведомствам штата для служебного пользования;• правоохранительным органам, преследующим лиц, скрывающихся от правосудия;• частным агентствам по сбору платежей для возмещения средств за неправомерно начисленную продовольственную помощь.

Предупреждение о санкциях в связи с продовольственной помощью

Мы действительно направляем сведения о лицах, подающих заявления на продовольственные пособия, в другие федеральные ведомства для проверки полученной информации. Если какие-либо сведения неверны, лицам, подавшим заявление, может быть отказано в предоставлении продовольственной помощи. За предоставление заведомо ложной информации предусмотрено уголовное наказание. Лица, преднамеренно нарушившие правила программы продовольственной помощи, могут подвергнуться различным санкциям, от лишения права на участие в программе до штрафа и (или) возможного лишения свободы.

Определение соответствия критериям Eligibility Review

Если вам требуется помощь в заполнении этой формы, обратитесь к нашему сотруднику.

1. ИМЯ ИНИЦИАЛ ОТЧЕСТВА	ФАМИЛИЯ	ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО)	2. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА (ЕСЛИ ИЗВЕСТЕН)
3. АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
4. ДОМАШНИЙ / КОНТАКТНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА			
5. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АДРЕСА ПРОЖИВАНИЯ) УЛИЦА	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
6. ДРУГИЕ НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ			

8. Я подаю заявление на получение следующих видов помощи (отметьте все, что подходит):

- Финансовая помощь Продуктовая помощь
 Медицинское страхование для пожилых лиц, слепых или инвалидов
 Услуги хосписа Услуги дома престарелых и инвалидов
 Сберегательная программа Medicare Уход с проживанием / Семейное жилье для взрослых
 Медицинское обслуживание для работников с инвалидностью (HWD)
 Услуги долговременного ухода на дому

7. АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ

9. Я или кто-либо из членов моей семьи (отметьте все, что к вам относится): подвергается бытовому насилию
 имеет инвалидность не может работать из-за проблем со здоровьем
 беременна; укажите имя и фамилию: _____ предполагаемая дата родов: _____

10. Сколько денег ваша семья получит в этом месяце? \$ _____

11. Сколько денег есть у вашей семьи наличными и на банковских счетах? \$ _____

12. Сколько ваша семья платит за аренду жилья или по ипотеке? \$ _____

13. Какие коммунальные услуги оплачивает ваша семья? отопление / кондиционирование телефон иные услуги: _____

14. Есть ли в составе вашей семьи сезонный сельскохозяйственный рабочий или рабочий-мигрант? Да Нет

15. Если подаете заявление на продовольственную помощь, на сколько человек в вашей семье вы покупаете продукты и готовите? _____

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: Yes No **Screener's Initials:** _____ **Date:** _____

16. Мне нужен переводчик. Я говорю на: _____ или языке глухонемых; переведите письма для меня на: _____

17. Перечислите всех членов вашей семьи, даже если не подаете на них заявление (при необходимости приложите дополнительные листы бумаги).

ПОЛНОЕ ИМЯ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ)	ПОЛ (М или Ж)	КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ ЭТО ЛИЦО?	ДАТА РОЖДЕН ИЯ	ПОМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ХОТИТЕ ПОЛУЧАТЬ ПОСОБИЯ НА ЭТО ЛИЦО	НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ ТЕХ, КТО НЕ ПРЕТЕНДУЕТ НА ПОСОБИЯ			
					НОМЕР СОЦИАЛЬНО ГО ОБЕСПЕЧЕН ИЯ	ПОМЕТЬ Е, ЕСЛИ ГРАЖДАН ИН США	РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕ ЖНОСТЬ (СМ. НИЖЕ ПРИМЕРЫ)	НАЗВАНИЕ ПЛЕМЕНИ (для американских индейцев и уроженцев Аляски)
		Я сам (-а)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

18. Мое этническое происхождение – испаноговорящий (-ая) или латиноамериканец (-ка): Да Нет

Сведения о расовой принадлежности и этническом происхождении предоставляются в добровольном порядке. При подаче заявления на продовольственную помощь USDA требует от нас ответа на этот вопрос в случае, если вы его сами не предоставите.
Примеры расовой принадлежности: белые, черные / афроамериканцы, азиаты, уроженцы Гавайских островов, уроженцы других островов Тихого океана, американские индейцы, уроженцы Аляски, либо иная комбинация рас.



ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА
-------------------------	-------------------------------	---------------------------------

I. Общие сведения

- За последние 30 дней я получал (-а) денежную, продовольственную или медицинскую помощь из другого штата, племени
- Одно из лиц, на которых я подаю заявление о пособиях, проживает за пределами штата Вашингтон: Да Нет
- Я или кто-либо из членов моей семьи – иммигрант, имеющий спонсора: Да Нет Кто именно: _____
- Я или кто-либо из членов моей семьи в возрасте 16 лет и старше посещает (отметьте все подходящие пункты)
 среднюю школу образовательное учреждение по программе образования, эквивалентного среднему (High School Equivalency) университет техникум Кто именно: _____
- Я или лицо, от имени которого я подаю заявление о пособиях, хотел(о) бы получить информацию об услугах в части трудоустройства и профессиональной подготовки (Employment and Training Services, BFET): Да Нет
- Один из членов семьи временно проживает вне дома: Да Нет Кто именно: _____
- Я или кто-либо в моей семье:
 - лицо, которое когда-либо служило в вооруженных силах, национальной гвардии или резерве США: Да Нет Кто именно: _____
 - лицо, которое является иждивенцем или супругой (-ом) лица, служившего в вооруженных силах, национальной гвардии или резерве США: Да Нет. Если да, перейдите к 7а или 7б, кто _____
- Я или кто-либо из тех, на кого я подаю заявление о пособиях, скрывается от закона, чтобы избежать явки в суд или тюремного заключения за тяжкое преступление. Да Нет
- Я проживаю в: собственном доме или квартире общежитии (Group Home) иное: _____
 специализированном учреждении (укажите тип): _____ дата поступления: _____
- Я: холост / не замужем женат / замужем разведен (-а) живу отдельно от супруги (-а) вдовец / вдова
 состою в официально зарегистрированных отношениях сожительств

II. Сведения о медицинском страховании (не требуются для пособий программы Basic Food)

Я, мой (моя) супруг (-а) или член моей семьи:

- Собирается поступить в медицинское учреждение (например, больницу или дом престарелых), находится в нем в настоящее время либо недавно выписался из такого учреждения Да Нет
- Нуждается в помощи в оплате счетов за медицинское обслуживание за последние три месяца: Да Нет
- Имеет медицинскую страховку: Да Нет (отметьте все, что подходит): Medicare (не по программе Washington Apple Health) Tricare Программа долгосрочного ухода Система медицинского обслуживания лиц индейского происхождения Другая программа медицинского страхования:

III. Ресурсы (приложите документальные подтверждения; не требуется при подаче заявления на пособия HWD и Basic Food)

Ресурсы – это любое имущество, которым вы владеете или которое покупаете и которое можно продать, обменять или превратить в наличные деньги, а также деньги, хранящиеся у других людей. Ресурсы не включают личное имущество, например, мебель и одежду. Примеры ресурсов:

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| • наличные средства | • трастовые фонды | • имущество в пожизненном пользовании | • похоронные фонды, предоплаченные планы |
| • чековые счета | • IRA / 401k | • жилье, включая то, в котором вы живете | • фонды для оплаты обучения в вузе |
| • сберегательные счета | • пенсионные фонды | • кондоминиум | • производственное оборудование |
| • депозитарные сертификаты (CDs) | • паевые инвестиционные фонды / акции | • недвижимость в совместном владении | • сельскохозяйственное оборудование |
| • депозитный счет денежного рынка | • договоры о продаже | • полисы страхования жизни | • домашний скот |
| • облигации | • земельные владения | | |

Укажите ресурсы, которыми владеете или которые собираетесь купить вы, ваш (-а) супруг (а) или члены семьи, на которых вы подаете заявление:

РЕСУРСЫ	КТО ВЛАДЕЕТ	МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ	СТОИМОСТЬ
			\$
			\$
			\$
			\$

- У меня, моего супруга (супруги) или членов семьи, на которых я подаю заявление, есть машины, грузовики, микроавтобусы, лодки, RV, трейлеры и другие автотранспортные средства:

ГОД ВЫПУСКА (напр. 1980)	МАРКА (напр., ФОРД)	МОДЕЛЬ (напр., ЭСКОРТ)	ПОМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ВЗЯТА В ДОЛГОСРОЧНУЮ АРЕНДУ	ПОМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ НУЖД	НЕВЫПЛАЧЕННЫЙ ОСТАТОК ПО КРЕДИТУ
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

- Я, мой супруг (супруга) или члены моей семьи, на которых я подаю заявление, продали, обменяли, отдали или перевели на другое имя ресурсы в течение последних пяти лет (включая доверительные фонды, транспортные средства, денежные средства и имущество в пожизненном пользовании): Да Нет
 Если «да», то что именно: _____ когда: _____

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА
-------------------------	-------------------------------	---------------------------------

IV. Аннуитеты

(вклады, сделанные каким-либо членом семьи для получения регулярных выплат в настоящее время или в будущем)

НА КОГО ОФОРМЛЕН АННУИТЕТ?	КОМПАНИЯ ИЛИ УЧРЕЖДЕНИЕ	СУММА ИЛИ СТОИМОСТЬ	МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД	ДАТА ПРИОБРЕТЕНИЯ
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

Если вы или ваш (-а) супруг (-а) получаете какие-либо периодические выплаты из аннуитетов и при этом получаете долгосрочный уход в рамках программы Washington Apple Health либо страхование по программе SSI или CN, вы обязаны указать штат Вашингтон в качестве получателя оставшихся выплат.

V. Заработки, приложите документальные подтверждения

1. Я, мой супруг (супруга) или члены моей семьи, на которых я подаю заявление, оставили работу в течение последних 60 дней: Да Нет
2. Я, мой супруг (супруга) или члены моей семьи, на которых я подаю заявление, имеем доход в виде заработка: Да Нет Если «да», то заполните этот раздел:

КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТОТ ЗАРАБОТОК _____ МЕСТО РАБОТЫ (РАБОТОДАТЕЛЬ) И ТЕЛЕФОН _____ ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ _____ Это самостоятельная предпринимательская деятельность? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	СОВОКУПНЫЙ ДОХОД (В ДОЛЛАРАХ, ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ) \$ _____ в (за): <input type="checkbox"/> час <input type="checkbox"/> неделю <input type="checkbox"/> две недели <input type="checkbox"/> полмесяца <input type="checkbox"/> месяц Количество часов в неделю: _____ Дни оплаты (напр., 1 ^е и 15 ^е или каждую пятницу): _____
--	--

КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТОТ ЗАРАБОТОК _____ МЕСТО РАБОТЫ (РАБОТОДАТЕЛЬ) И ТЕЛЕФОН _____ ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ _____ Это самостоятельная предпринимательская деятельность? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	СОВОКУПНЫЙ ДОХОД (В ДОЛЛАРАХ, ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ) \$ _____ в (за): <input type="checkbox"/> час <input type="checkbox"/> неделю <input type="checkbox"/> две недели <input type="checkbox"/> полмесяца <input type="checkbox"/> месяц Количество часов в неделю: _____ Дни оплаты (напр., 1 ^е и 15 ^е или каждую пятницу): _____
--	--

VI. Другой доход (приложите подтверждения, укажите данные для всех членов семьи)

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Пособие по безработице • Социальное обеспечение • Доход племени • Доход от азартных игр • Образовательные льготы (студенческие ссуды, гранты, пособия по программе work-study) | <ul style="list-style-type: none"> • Дополнительное пособие по социальному обеспечению (SSI) • Алименты на содержание ребенка или супруга (супруги) • Льготы железнодорожника • Доход от аренды | <ul style="list-style-type: none"> • Пенсионные выплаты • Пособия Управления по делам ветеранов (VA) и (или) пособия для военнослужащих • Пособия Департамента труда и промышленности (L&I) • Доход из трастовых фондов • Проценты / дивиденды |
|--|---|---|

ВИД НЕТРУДОВОГО ДОХОДА	КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТОТ ДОХОД	ПОЛНАЯ СУММА МЕСЯЧНОГО ДОХОДА
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

VII. Ежемесячные расходы					
АРЕНДНАЯ ПЛАТА ЗА ЖИЛЬЕ \$	ВЗНОСЫ ПО ИПОТЕКЕ \$	АРЕНДА ПОМЕЩЕНИЯ \$	СТРАХОВАНИЕ СОБСТВЕННОСТИ \$	НАЛОГИ НА СОБСТВЕННОСТЬ \$	ДРУГИЕ РАСХОДЫ \$
Какие коммунальные услуги члены вашей семьи оплачивают помимо арендной или ипотечной платы? <input type="checkbox"/> Отопление (электрическое/газовое) <input type="checkbox"/> Электричество (кроме отопления) <input type="checkbox"/> Вода <input type="checkbox"/> Домашний/мобильный телефон <input type="checkbox"/> Канализация <input type="checkbox"/> Вывод мусора					
Другое лицо или ведомство, например программа субсидированного жилья, помогает мне оплачивать все или часть этих расходов: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «да», укажите кто именно: _____ Какие расходы: _____ Оплачиваемая сумма: \$ _____ <input type="checkbox"/> В течение последних 12 месяцев я получал(а) помощь в соответствии с Законом о содействии в оплате энергоносителей малообеспеченным лицам (Low Income Home Energy Assistance Act, LIHEAA). Я, мой (моя) супруг (-а) или иной член моей семьи оплачивают или должны оплачивать (отметьте все, что вас касается):					
<input type="checkbox"/> Расходы по уходу за детьми или находящимися на иждивении взрослыми (включая затраты на перевозки)		Ежемесячная сумма: \$ _____		Кто оплачивает эти расходы?	
<input type="checkbox"/> Счета за медицинские услуги для лиц с инвалидностью и лиц 60 лет и старше (включая затраты на перевозки и взносы по медицинскому страхованию)		Ежемесячная сумма: \$ _____		Кто оплачивает эти расходы?	
<input type="checkbox"/> Алименты на содержание детей (приложить подтверждение)		Ежемесячная сумма: \$ _____		Кто оплачивает эти расходы?	
Если вы не сообщите о вышеуказанных расходах, то мы сочтем это заявлением вашей семьи о том, что вы не желаете получения налоговой скидки за эти расходы.					
VIII. Уполномоченный представитель					
Уполномоченный представитель – это лицо, с которым DSHS, по вашему разрешению, может обсуждать ваши пособия. Вы можете назначить такое лицо, но это не обязательно. У вас есть уполномоченный представитель? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Это лицо является вашим официальным опекуном? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Есть ли у этого лица доверенность? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Вам может потребоваться заполнить форму «Назначение уполномоченного представителя» (Authorized Representative form, DSHS 14-532).					
ИМЯ И ФАМИЛИЯ		КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ		НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС		ГОРОД		ШТАТ	
				ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
Декларация и подписи					
При подаче заявлений на денежные пособия все взрослые члены семьи (или их уполномоченные представители) должны поставить свои подписи.					
При подаче заявлений на продовольственную помощь и медицинское страхование подпись должен поставить заявитель (или уполномоченный представитель).					
Я понимаю, что обязан (-а):					
<ul style="list-style-type: none"> • Предоставить верную информацию и выполнять требования о передаче сведений. • Предоставить подтверждение моего права на получение пособий. • Передать штату Вашингтон определенные права на взыскание алиментов на содержание детей при условии получения мной Временной помощи для нуждающихся семей (Temporary Assistance for Needy Families, TANF). Я, однако, могу просить DSHS не применять мер по насильственному взысканию алиментов на содержание детей, если это может подвергнуть опасности меня или моих детей. • Выполнять требования программы продовольственной помощи, связанные с трудоустройством. 					
Если я не выполню этих требований, мне может быть отказано в получении пособий или придется возместить их стоимость. Я понимаю, что могу подвергнуться уголовному преследованию за преднамеренное сообщение ложных сведений и сокрытие сведений, которые обязан (-а) предоставить. Я даю DSHS разрешение обращаться при необходимости к другим лицам и в другие ведомства для оказания мне содействия в получении документального подтверждения моего права на пособия. Для заявлений о денежных и продовольственных пособиях: Я прочитал (-а) или мне разъяснили мои права и обязанности, а также получил (-а) экземпляр «Прав и обязанностей клиента» (Client Rights and Responsibilities), DSHS 14-113. Для заявлений о медицинском страховании: Я прочитал (-а) или мне разъяснили мои права и обязанности, а также получил (-а) экземпляр «Прав и обязанностей клиента» (Client Rights and Responsibilities), HCA 18-003. Под угрозой наказания за предоставление ложных сведений по законам штата Вашингтон я заявляю, что сведения, приведенные мной в данном заявлении, включая сведения о гражданском статусе и статусе иностранцев всех членов моей семьи, подающих заявление на пособия, являются правдивыми и точными.					
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ		ДАТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ		ГОРОД И ШТАТ, ГДЕ ПОДПИСАН ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ
ПОДПИСЬ ДРУГОГО ВЗРОСЛОГО ЗАЯВИТЕЛЯ		ДАТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ДРУГОГО ВЗРОСЛОГО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ		ГОРОД И ШТАТ, ГДЕ ПОДПИСАН ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ
ПОДПИСЬ ПОМОЩНИКА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ		ДАТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОМОЩНИКА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПЕЧ. БУКВ.		ГОРОД И ШТАТ, ГДЕ ПОДПИСАН ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ
ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ, ЕСЛИ ВМЕСТО ПОДПИСИ СТОИТ «X»		ДАТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ СВИДЕТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ		